



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Adecuación del ingreso y estancia hospitalaria en el
Servicio de Neumología del Hospital Daniel A. Carrión
– 2005”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Neumología

AUTOR

Eneyda Giuvanela LLERENA ZEGARRA

ASESOR

Alfredo Gilberto GUERREROS BENAVIDES

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Llerena, E. Adecuación del ingreso y estancia hospitalaria en el Servicio de Neumología del Hospital Daniel A. Carrión – 2005 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

Adecuación del Ingreso y Estancia Hospitalaria en el Servicio de Neumología del Hospital Daniel A. Carrión – 2005

Autor : Dra. ENEYDA GIUVANELA LLERENA ZEGARRA
Asesor : Dr. ALFREDO GUERREROS BENAVIDES

RESUMEN:

El gasto sanitario institucional depende en gran medida de los servicios de hospitalización, siendo un factor muy importante la duración de la estancia. Son conocidos los factores que la incrementan: atención ineficiente, infecciones intrahospitalarias, etc, todo lo cual produce aumento del porcentaje de ocupación, incremento en el consumo de insumos, demandas insatisfechas; en desmedro de la calidad en la atención. El incremento de los costes sanitarios en desmedro de la calidad del servicio es el argumento principal para la revisión de la utilización de los recursos para disminuir la hospitalización inadecuada.

Para agrupar patologías con comportamiento clínico y consumo similar de recursos y cuidados, se han desarrollado los GRD (Grupos Relacionados por el diagnóstico) como una herramienta efectiva para la mejora de la calidad en hospitalización; y se utilizan para estandarizar una norma; los casos que se desvían significativamente de esa norma son revisados para determinar la causa de la variación. De tal manera que la media de la duración de la estancia para un GRD es útil como estándar. Lamentablemente no disponemos en nuestro medio de estándares conocidos. Existen estadísticas en España, que revelan entre un 15-20% de estancia innecesaria y un 2-35% de ingresos inadecuados.

El objetivo principal es determinar la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias en el Servicio de Neumología del Hospital Daniel A. Carrión del Callao, e identificar las causas de los mismos, utilizando la versión AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*).

Se revisaron 326 historias clínicas, que egresaron el 2005, con diagnósticos expresados como GRD. Fueron del género femenino 176 (53.9%) casos y del masculino 150 (46.1%). La edad media fue de 52.8 años (rango de 15-97 años), en el género femenino fue de 54.7 años y del género masculino fue 50.59 años.

El 58% (189) de los ingresos fueron admitidos de Emergencia, el 34.6% (113) por Consulta externa y un menor porcentaje (7.36%) procedió de transferencias de otros servicios.

Los 10 GRD más frecuentes fueron: 800 (12.3%), 801 (12.0%), 87 (12.0%), 79 (10.7%), 89 (10.4%), 101 (6.4%), 82 (5.2%), 96 (4.6%), 97 (3.4%), 88 (3.1%).

Del total de GRDs, el 10.1 % fueron ingresos inadecuados; siendo los más frecuentes: 801, 101, 87, 800, 90 y 79. La causa de ingreso inadecuado más frecuente fue que el paciente pueda recibir estudios y/o tratamiento vía ambulatoria.

La media de la estancia total fue 13.5 días y la mediana fue de 9.0. El 52.1% tuvo estancia inadecuada. Los GRD con más alta estancia media fueron: 800 (Tuberculosis con complicaciones), 94 (Neumotórax), 85 (Derrame Pleural).

Los GRD con estancia inadecuada más frecuentes fueron 800, 801 (Tuberculosis sin complicaciones), 87 (Insuficiencia Respiratoria), 79 (Infecciones respiratorias), 89 (Neumonía con complicaciones); siendo las causas más frecuentes las relacionadas con el entorno económico-familiar del paciente y en menor medida, a la responsabilidad del médico. El 62% de las estancias inadecuadas provienen de hospitalizaciones indicadas por médicos no pertenecientes al Servicio de Neumología.

Palabras Claves: Adecuación, GRD: grupos relacionados por el diagnóstico, AEP: Protocolo de evaluación de adecuación.

A mi familia: mi padre que desde el cielo me guía,
mi madre que lucho siempre por darnos lo mejor y
mis hermanos que me alientan continuamente.
Les dedico este trabajo y les agradezco infinitamente
por todo lo que día a día me brindan.
Gracias!

Muchas gracias a mi maestro, asesor y amigo
un hombre al cual admiro y respeto enormemente,
y al cual le debo gran parte de mi aprendizaje laboral
y de mis logros profesionales. Espero ser una digna
discípula suya y algún día llegar a su nivel.
Muchas Gracias Dr. Alfredo Guerreros!

Y un especial agradecimiento a la persona
que siempre me comprende y apoya
incondicionalmente, a la cual amo con
todo el corazón y por sobretodas las cosas
Un hombre maravilloso! TQM
Gracias, sin Tí no lo hubiera logrado!

INTRODUCCION

La historia de los hospitales es tan larga como la historia de la humanidad. Se describe que para el año 4000 a.C. los templos de antiguos dioses fueron utilizados como casa de refugio para enfermos y escuelas de aprendizaje para los médicos. El concepto moderno de hospital data del año 331 a.C. cuando Constantino, abolió todos los hospitales paganos y se estableció la relación entre el enfermo y la iglesia. En los siguientes siglos los hospitales estuvieron bajo la tutela de órdenes religiosas sobretodo en la edad media⁽¹⁾.

Durante el siglo XVIII, se crearon los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles. En muchas partes pequeños hospitales privados fueron regentados por religiosos y médicos particulares, pero hasta muy tarde no se fundó el primer hospital público. La evolución del hospital pasó de un lugar de refugio, piedad y agonía a tener un rol de rehabilitación en el Renacimiento y posteriormente, de cura en el siglo XVIII⁽¹⁾.

En el Perú la historia de los hospitales no fue muy distinta. Francisco de Molina atendía en su casa a enfermos, pero el número de pacientes aumentaba progresivamente y hubo que recurrir a la caridad pública y luego a la ayuda del Virrey, para fundar el primer Hospital Real de San Andrés en 1552, a cargo de religiosos jesuitas. El principal objetivo de fundar un hospital era brindar un ambiente para el buen morir. Los que padecían una enfermedad ligera o curable eran atendidos en sus domicilios⁽²⁾.

A partir de la mitad del siglo XIX, el número de hospitales creció mucho, debido al descubrimiento de la anestesia y las técnicas quirúrgicas asépticas y se incorporó una labor

de investigación y enseñanza. Durante el siglo XX la demanda de hospitales ha aumentado a la par que el progreso urbano, la industrialización y el avance tecnológico. Los hospitales actuales se centran en la atención de pacientes con enfermedades y lesiones agudas y en servicios ambulatorios, con una tendencia creciente en prevenir enfermedades y en aliviar costos hospitalarios procurando un manejo domiciliario de las enfermedades crónicas ⁽¹⁾.

Sin embargo, el sistema actual de salud en el Perú aún se basa en un sistema hospitalario principalmente. Esto genera altos costos a un sistema que de por sí es ineficiente, con servicios congestionados y alta demanda no satisfecha. Condiciones adicionales en relación a los problemas socio-económico-familiares aumentan la estancia hospitalaria al retardar el estudio clínico-diagnóstico, el tratamiento o el alta hospitalaria. Por otro lado, los médicos siguen pensando que es mejor hospitalizar, aún cuando los criterios ya están establecidos para la mayoría de patologías.

El gasto sanitario en una institución depende en gran medida de la hospitalización. Uno de los factores más importantes en el cálculo del gasto hospitalario es la duración de la estancia. Son conocidos los factores que la incrementan sobre el esperado: calidad de atención ineficiente, grado de complejidad de los pacientes, gravedad de los pacientes, infecciones intrahospitalarias, reintervenciones quirúrgicas, efectos adversos, disponibilidad insuficiente de recursos, etc, todo lo cual produce, a su vez, aumento del porcentaje de ocupación, incremento en el consumo de insumos, aumento de costos por la atención, sobrecarga de trabajo para el personal, sobresaturación de los servicios, quejas y demandas insatisfechas, en desmedro de la calidad en la atención. Para evaluar la estancia

de determinado paciente, es necesario disponer de datos de referencia para poder comparar los datos propios de la estancia hospitalaria para estos pacientes con un estándar ^(3,4) .

Con el propósito de agrupar patologías con comportamiento clínico, y en los que se espera un consumo similar de recursos y un similar proceso de cuidados hospitalarios, se han desarrollado en la década de los ochenta los llamados Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) como una herramienta muy efectiva para gran variedad de procesos, incluyendo la mejora de la calidad en hospitalización. Los GRD permiten valorar la importancia significativa de los distintos tipos de casos. Permiten, por tanto, integrar datos que identifican tipología de enfermedad, morbilidad secundaria y proceso de cuidados – complicaciones ^(4,5,6) .

Los casos de un GRD se utilizan para estandarizar una norma; los casos que se desvían significativamente de esa norma pueden ser revisados para determinar la causa de la variación. Los costos de tratamiento para los casos incluidos en cada GRD deben ser similares ^(4,5,6) .

De tal manera que la media de la duración de la estancia en un hospital para un determinado GRD es útil como norma o como estándar ^(3,4,5,7) . Lamentablemente no disponemos en nuestro medio de estándares conocidos. Existen estadísticas en países desarrollados como en España, donde estudios realizados desde 1988 a 1993 revelan entre un 15-20% de estancia innecesaria y un 2-35% de ingresos inadecuados ^(8,9).

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es un Hospital General nivel III-1, que nació el año 1991, con Resolución Ministerial N° 02669-91-SA/DM, de la fusión del Hospital de Varones Daniel Alcides Carrión (fundado en 1941) y el Hospital Docente San Juan de Dios (inaugurado en 1968). Es la principal dependencia asistencial del Ministerio de Salud (MINSA) en la Provincia Constitucional del Callao. Con una oferta de 462 camas, la población atendida procede en más del 90% de la Provincia del Callao, cuya población asciende a 914,689 habitantes para el 2004, con una densidad poblacional por encima de los 15,000 habitantes por kilómetro cuadrado. Se reporta para el 2004 un 31% de necesidades básicas insatisfechas y un 27% de pobreza extrema.

El Hospital cuenta con una completa oferta de servicios y especialidades. El Departamento de Medicina consta de 13 servicios y especialidades médicas. Uno de ellos está constituido por el Servicio de Neumología, cuya área de hospitalización se localiza en el sector San Juan, 6° Piso Lado “A”, y consta de 16 camas asignadas, que cuentan con un 73% de ocupación para el año 2005, en contraste con el promedio global de 63.7% entre todos los servicios de hospitalización y con un promedio de estancia de 21 días en general..

El presente trabajo se realizó en el Servicio de Neumología del Hospital Daniel A. Carrión, en vista de la demanda excesiva de servicios de hospitalización, que deja evidenciar múltiples problemas en el proceso de hospitalización, como los relacionados a la pertinencia del ingreso y la estancia hospitalaria, las cuales no han sido comparados de manera controlada con estándares conocidos.

El servicio de Neumología cuenta con 16 camas asignadas para el manejo de la patología propia de la especialidad. Los ingresos provienen principalmente del Servicio de Emergencia y de Consultorio Externo de la Especialidad, y en menor medida de transferencias de otros Servicios, por ejemplo, Medicina, Cirugía, Cuidados Intensivos, etc.

La decisión de la admisión en el Servicio depende exclusivamente del Médico Asistente de Neumología, quien decide la admisión en la atención en consultorios, o decide el pase al servicio al contestar una Solicitud de Interconsulta generada por otros Servicios de Hospitalización o Areas Críticas. Sin embargo, fuera de los horarios de atención en consultorio (8 a 14 horas), el Médico Jefe de Guardia de Emergencia tiene la facultad de disponer la Hospitalización en el Servicio de Neumología, de los pacientes con patología propia de la especialidad que se encuentren en Emergencia y que no requieran Observación en la Sala de Reposo.

Los pacientes ingresados reciben la visita médica todos los días por la mañana, por el grupo médico encargado, integrado por un Médico Asistente programado según rol, y por el equipo de Residentes e Internos, también según programación.

Evaluable cada caso en particular, se dejan las indicaciones médicas y el plan de trabajo respectivo (exámenes auxiliares, procedimientos, etc.), y según la evolución del paciente y a criterio del médico asistente, se indica el alta firmándose la papeleta respectiva.

Sin embargo, el alta hospitalaria sólo se hace efectiva una vez que los familiares cancelan la deuda respectiva, recibándose las indicaciones médicas por escrito, así como las solicitudes de estudios pendientes a realizarse en forma ambulatoria, si fuera el caso.

Dentro de la labor asistencial, se observa que cada patología y cada paciente tienen condiciones únicas con una gama de variables que influyen en la evolución de la condición clínica, sin embargo, a pesar de esta variabilidad, la duración de la estancia hospitalaria está ampliamente validada como indicador de salud, siendo necesario conocer la duración media de la estancia y los factores asociados para corregir el proceso de atención, reducir morbilidad y costos a la institución.

El Servicio cuenta con una demanda de servicios de salud en incremento, debido a que cerca del 30% de la morbilidad reportada en la Provincia del Callao está constituida por patologías respiratorias. Asimismo muchos ingresos y días de estancia son inadecuados porque dependen en gran medida de las condiciones económicas de los usuarios, los cuales son de un nivel socioeconómico medio a bajo, y esto contribuye a que se manejen pacientes que no cuentan con apoyo familiar o que no salgan de alta prontamente por falta de medios, ya que el costo día de hospitalización es de S/. 72, y aunque estos sean en parte subvencionados la mayoría de pacientes no cuentan con suficientes recursos.

Es por ello que se desarrolla el presente estudio para determinar si son adecuados los ingresos y la Estancia Hospitalaria en el Servicio de Neumología del Hospital Daniel A. Carrión, aplicando la herramienta Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), como estándar internacional.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias en el Servicio de Neumología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, utilizando la versión AEP.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Determinar la frecuencia de los GRDs de Neumología
- b. Evaluar la frecuencia de estancia hospitalaria inadecuada y sus factores causales más frecuentes, así como el tiempo promedio comparado con los estándares internacionales
- c. Evaluar la frecuencia de ingresos inadecuados y los factores causales más frecuentes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Descriptivo retrospectivo

Diseño de investigación

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, de todos los egresos generados durante el año 2005 en el Servicio de Neumología del Departamento de Medicina del Hospital Daniel A. Carrión.

Los egresos registrados en el período señalado fueron incluidos en la revisión en su totalidad y los diagnósticos fueron agrupados según los GRDs más frecuentes (Anexo 1).

Población y Muestra

La población total se identificó revisándose las Historias Clínicas con sus respectivas epicrisis de todos los egresos ocurridos durante el año 2005, según los registros estadísticos del Hospital.

Se revisaron de manera retrospectiva todos los egresos generados durante el año 2005 en el Servicio de Neumología del Departamento de Medicina del Hospital Daniel A. Carrión, cuyos diagnósticos fueron agrupados según los GRDs más frecuentes (Anexo 1).

Los egresos registrados en este periodo fueron 326, los cuales fueron incluidos en la revisión

De esta población, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para identificar los pacientes a evaluar:

- Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 15 años que hayan sido hospitalizados en el Servicio de Neumología del HNDAC y cuya fecha de egreso corresponde al año 2005, independiente del estatus de egreso.

- Criterios de Exclusión

- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Neumología del HNDAC con una estancia de hospitalización menor a 24 horas.

- Pacientes hospitalizados en área de Neumología, a cargo de otros servicios de especialidades médicas

Variables de estudio

Variable	Tipo	Escala Medición	Descripción
Area de procedencia	Categórica	Nominal	Lugar de donde proviene el ingreso, ya sea emergencia, consulta externa o transferencia
GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico)	Categórica	Nominal	Conjunto de patologías con comportamiento clínico y consumo similar de recursos. Agrupa diferentes CIE 10 (Anexo 1)
Adecuación del ingreso	Categórica	Nominal	Caso que cumpla al menos un criterio referido en el Anexo 2, el día de internamiento, en caso contrario se considerará inadecuado.

Estancia Hospitalaria	Numérica-continua	De razón	Tiempo en días transcurridos durante el proceso de hospitalización.
Adecuación de la Estancia	Categórica	Nominal	Cumplimiento de al menos un criterio referido en el Anexo 4, en caso contrario se considerará inadecuada
Días de Estancia Inadecuada	Numérica-Continua	De razón	Número total de días que el paciente permaneció con una estancia hospitalaria inadecuada según los criterios del anexo 5
Causa de la Inadecuación del ingreso	Categórica	Nominal	Motivo que originó la admisión hospitalaria inadecuada, consignado en el anexo 3
Causa de la inadecuación de la Estancia	Categórica	Nominal	Motivo por el cual el paciente permaneció hospitalizado de manera inadecuada, consignado en el anexo 5

Recolección de información

Una vez identificadas las historias basándose en los registros de egresos del servicio de neumología, se realizó la solicitud al archivo central del Hospital. Luego se procedió a la revisión completa de las historias clínicas incluyéndose sólo aquellos que cumplieran con los criterios establecidos. La información sobre las variables ya descritas fue recolectada por el mismo investigador en formatos de estudio diseñados para tal fin (Anexo 6).

Esta información incluyó datos relacionados con demografía, antecedentes de la enfermedad, datos clínicos, laboratoriales, radiográficos, procedimientos y evolución del tratamiento, así como estado al alta y las respectivas fechas de ingreso y egreso. Para la definición de términos usados en la revisión, nos basamos en las recomendaciones del MINSA y de la bibliografía usada. (Anexo 7).

Para evaluar la adecuación de las estancias se utilizó el protocolo de la evaluación de la adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol [AEP]), que consiste en 27 criterios específicos referidos a cuidados médicos, a cuidados de enfermería y a la situación clínica de los pacientes. El AEP es uno de los instrumentos más conocidos y utilizados para la evaluación de hospitalización inapropiada, aunque todavía no ha sido validado en nuestro medio.

El cumplimiento de tales criterios del AEP justifica los días de estancia; por el contrario, si no verifica ninguno, la situación se considera inadecuada. En este último caso, el AEP contiene un listado que permite identificar las causas de inadecuación.

La unidad de análisis con el AEP (Anexo 2 al 5) fueron el día del ingreso y cada uno de los días de estancia derivados, excepto el día de alta médica efectiva. Sólo fue preciso que se cumpla un criterio para considerar como adecuados tanto la estancia (Anexo 4) como el ingreso (Anexo 2).

Una vez revisada la información disponible, se precisó si el ingreso o la estancia fueron adecuados. En caso contrario, a los días juzgados como inadecuados se les asignó una causa según el listado de los Anexos 3 y 5. Los ítem de la no adecuación de la estancia se dividen en cuatro apartados (Anexo 5): el primero contempla la existencia de un retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento del paciente (un caso típico sería el del paciente presuntamente alérgico, que está pendiente para su alta de unas pruebas de provocación, que se pueden realizar ambulatoriamente), el segundo apartado analiza la condición socio-económica del paciente y los otros dos apartados analizan aquellos casos en los que el

propósito médico de la hospitalización se ha cumplido pero no se efectiviza a tiempo la condición de egreso o que puede solucionarse en un nivel asistencial inferior o alternativo.

Los datos obtenidos fueron registrados en una hoja de registro (Anexo 6) e ingresadas como variables numéricas en el programa Excel.

Procesamiento y análisis de datos

Se desarrolló una base de datos en el programa Microsoft Excel (Microsoft Corp. Seattle, WA). Se calcularon las medias y la desviación estándar de las variables continuas, así como las frecuencias y porcentajes de las variables discretas. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS.

Consideraciones éticas

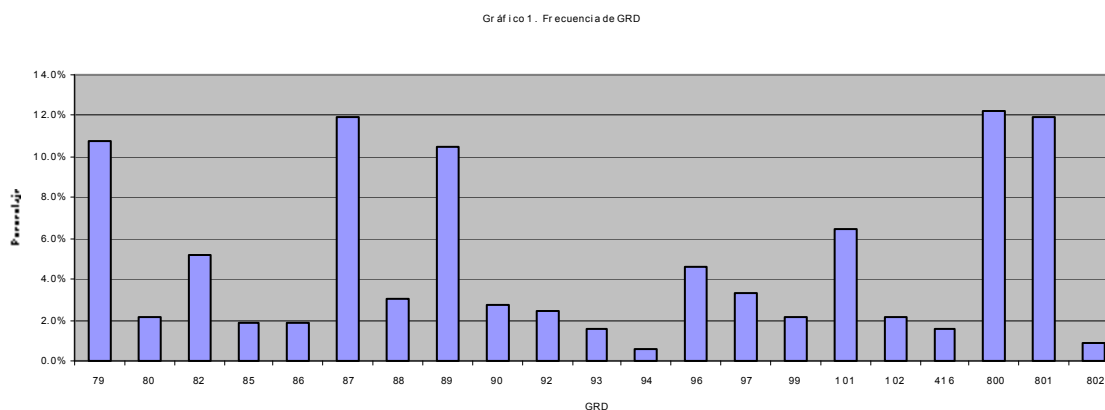
No se trabajó directamente con sujetos humanos en la realización del estudio, por lo que no se hizo uso del consentimiento informado para el estudio; sin embargo, se utilizó información retrospectiva de historias clínicas, fichas y exámenes auxiliares de los pacientes. Toda esta información fue guardada en un lugar seguro del archivo principal del Hospital, garantizándose la confidencialidad de los datos y registros.

RESULTADOS

Se revisaron 326 historias clínicas, cuyos egresos correspondieron al año 2005. Fueron del género femenino 176 (53.9%) casos y del género masculino 150 (46.1%). La edad media fue de 52.8 años con un rango de edades de 15 a 97 años. La edad media en el género femenino fue de 54.7 años y del género masculino fue 50.59 años.

El 58% (189) de los ingresos procedieron del servicio de Emergencia, el 34.6 % (113) fueron admitidos por Consulta externa y un menor porcentaje (7.36%) procedió de transferencias de otros servicios.

Los 10 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) (ver Anexos) más frecuentes fueron: GRD 800 (12.3%), 801 (12.0%), 87 (12.0%), 79 (10.7%), 89 (10.4%), 101 (6.4%), 82 (5.2%), 96 (4.6%), 97 (3.4%), 88 (3.1%), según se describe en el siguiente Gráfico:



Del total de GRDs, el 10.1 % fueron ingresos inadecuados; siendo los 5 GRDs más frecuentes: 801, 101, 87, 800, 90 y 79 (Gráfico 2), siendo la causa de ingreso inadecuado

más frecuente que el paciente pueda recibir estudios y/o tratamiento vía ambulatoria, como se describe en el Gráfico 3.

Gráfico 2. Frecuencia de Ingreso Inadecuado según GRD

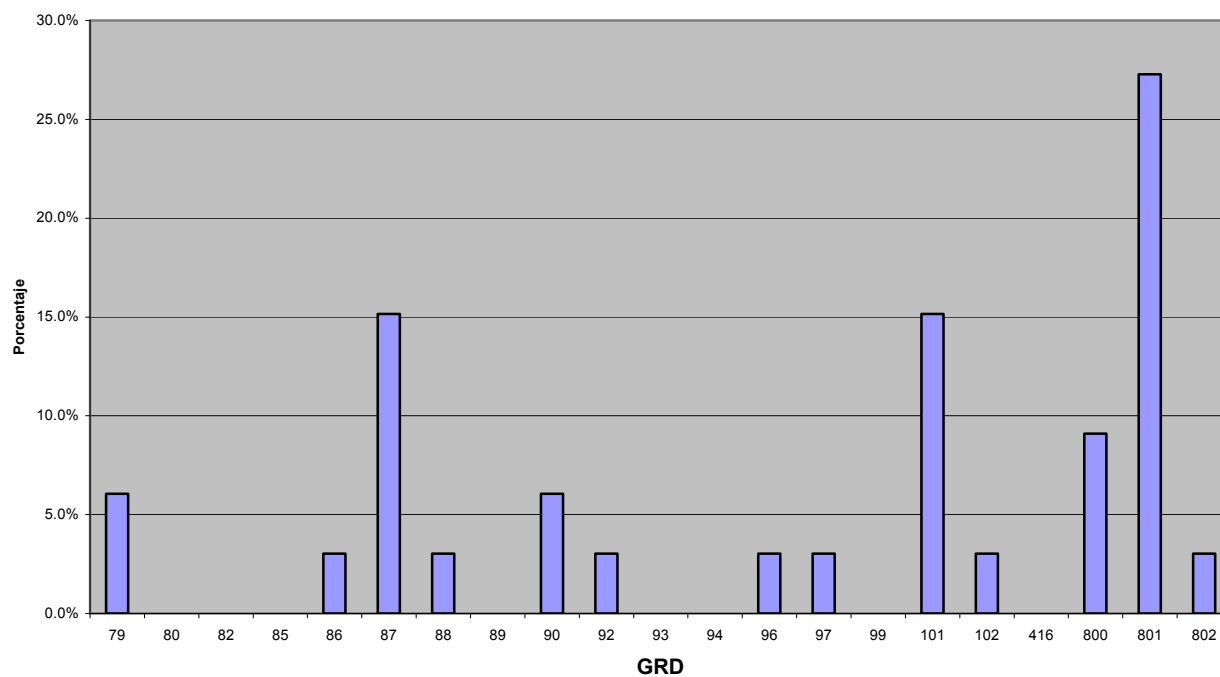
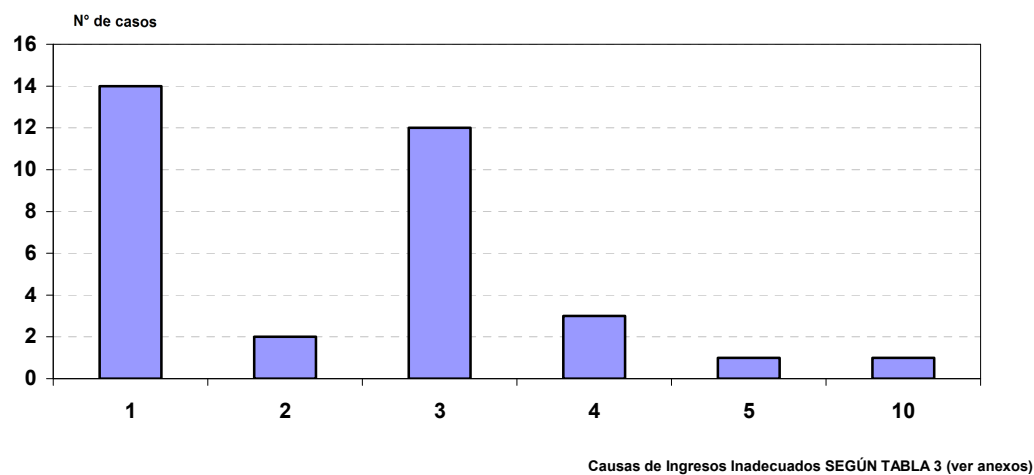
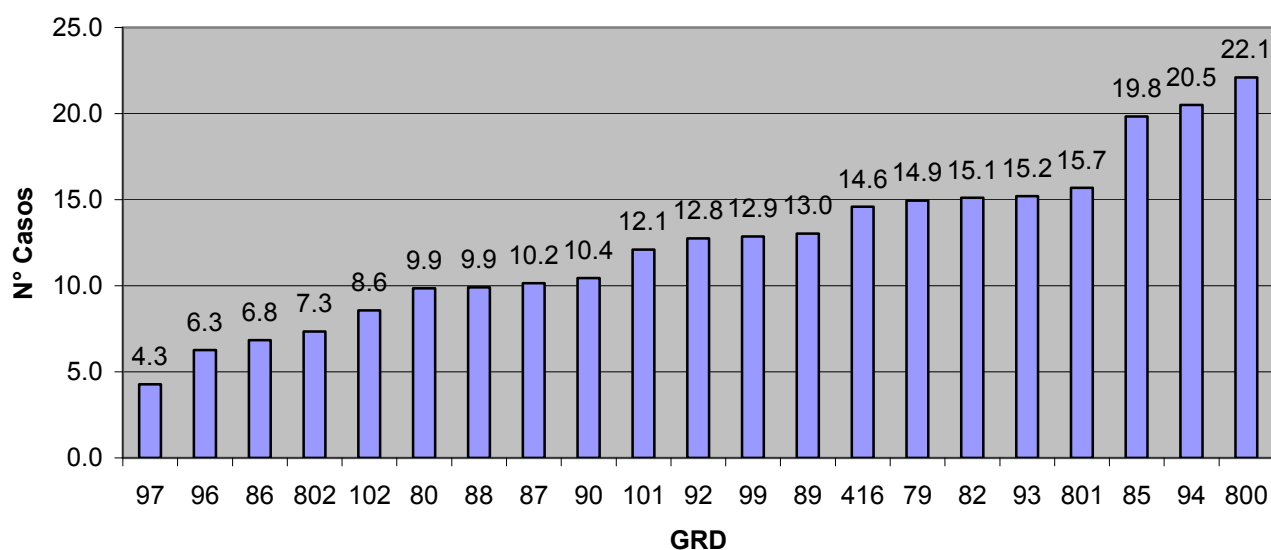


Gráfico 3. Causas de Ingresos Inadecuados



La media de la estancia total fue 13.5 días y la mediana fue de 9.0. El 52.1% tuvo estancia inadecuada. Del total de casos, los GRD con más alta estancia media fueron el 800 (Tuberculosis), 94 (Neumotórax), 85 (Derrame Pleural) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Estancia media (días) según GRD



Del total de egresos, los GRD con estancia inadecuada más frecuentes fueron 800 (Tuberculosis con complicaciones), 801 (Tuberculosis sin complicaciones), 87 (Insuficiencia Respiratoria), 79 (Infecciones respiratorias), 89 (Neumonía con complicaciones) (Gráfico 5); siendo las causas más frecuentes las relacionadas con el entorno económico-familiar del paciente y en menor medida, a la responsabilidad del médico (Gráfico 6). El 62% de las estancias inadecuadas provienen de hospitalizaciones indicadas por médicos no pertenecientes al Servicio de Neumología.

Gráfico 5. Frecuencia de Estancia Inadecuada según GRD

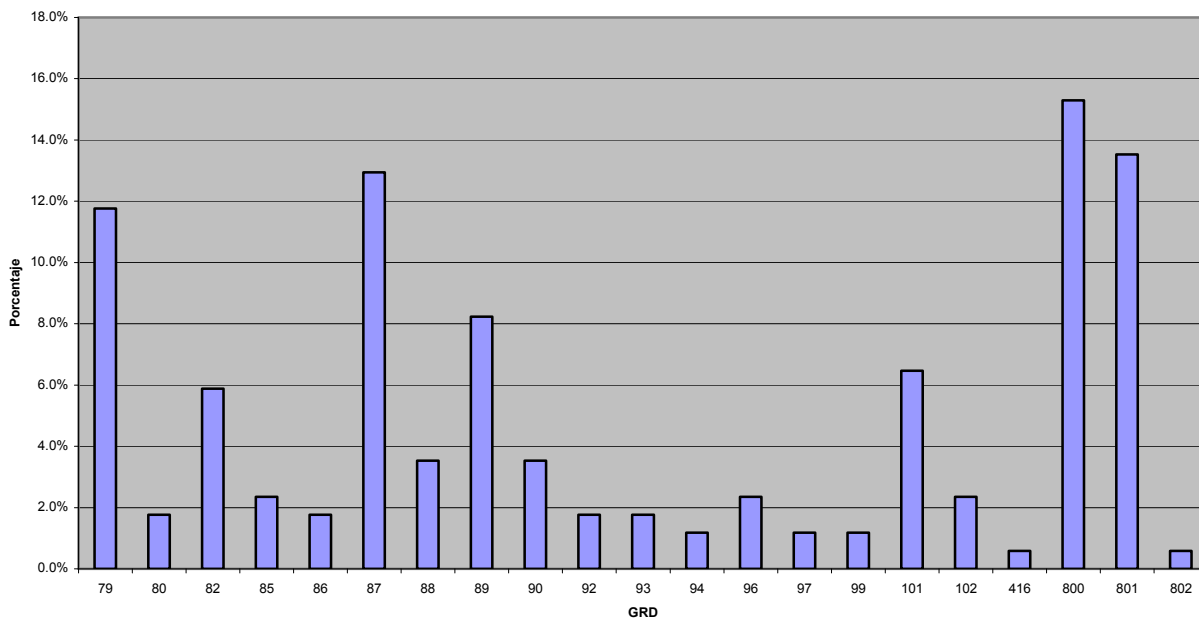
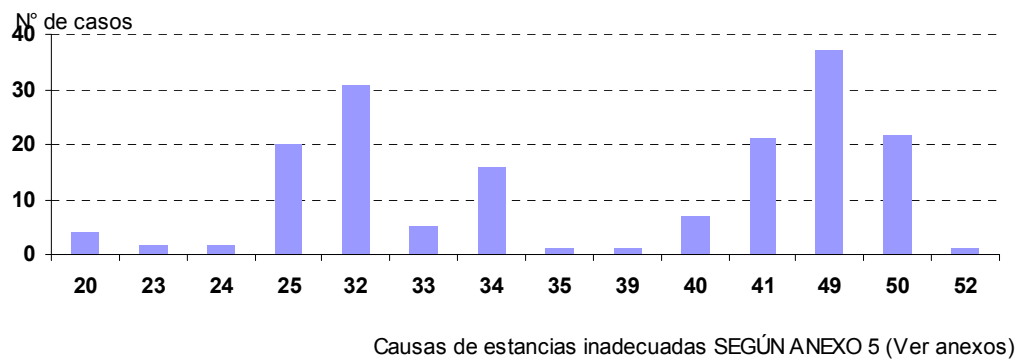


Gráfico 6. Causas de Estancias Inadecuadas



DISCUSION

No está socializada la norma que orienta el ingreso y el proceso de hospitalización en el Servicio de Neumología. El Servicio carece de Manual de Organización y Funciones (MOF), y el MOF del Departamento de Medicina actualizado recientemente no tiene referencia directa al proceso de hospitalización. Asimismo, las Guías de Práctica Clínica vigentes se encuentran desactualizadas y las nuevas se encuentran en trámite de aprobación (Guías de Práctica Clínica del Servicio de Neumología: Tuberculosis Pulmonar, Neumonía Adquirida en la Comunidad, Asma Bronquial, Hemoptisis, Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Igualmente las Guías de Procedimientos se encuentran en proceso de aprobación.

Por otro lado, en la bibliografía revisada no se encontró ninguna referencia que consigne estándares nacionales en cuanto a ingreso y estancia, para servicios generales o especializados de hospitalización. En la Literatura Española, existen documentos desarrollados por el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo Español relacionados a la calidad en gestión hospitalaria, siendo el más reciente publicado en mayo del 2006, donde luego de procesar cerca de 3 500 000 altas ocurridas durante el 2004 en 256 hospitales generales, se estableció las Cifras de Referencia Nacional de los GRD españoles (Anexo 1).

La utilización de instrumentos como el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), para la evaluación de estancias hospitalarias ha demostrado, en medios donde ha sido validado, mejoras en los indicadores hospitalarios y particularmente en la gestión de camas hospitalarias. En un estudio publicado por Negro JM, Jiménez JL, et al. (España), se

comprobó que la difusión de un estudio previo relacionado con las estancias hospitalarias en un Servicio de Neumología y Alergología, consiguió una reducción de las estancias inadecuadas de un 18.64% a un 12.52% luego de un periodo de 6 meses, sin registrarse ningún caso de ingreso inadecuado. La aplicación del AEP resultó útil para detectar y cuantificar las causas más frecuentes de inadecuación.

Por otro lado hay que resaltar que las entidades privadas realizan un seguimiento de las hospitalizaciones, orientadas a controlar los costos y facturación diarios, en comunicación cercana con los familiares del paciente. Aplicando esta estrategia, se evitarían estancias innecesarias y dificultades en el desembolso de la facturación al alta.

CONCLUSIONES

1. La media de la estancia hospitalaria en el servicio de neumología del H. N. Daniel Alcides Carrión (13.5) sobrepasa el estándar internacional de referencia en 3.6 días.
2. Los GRDs más frecuentes fueron: Tuberculosis con y sin complicaciones (12.3 y 12% respectivamente), insuficiencia respiratoria (12%), infecciones e inflamaciones respiratorias (10.7%), neumonía (10.4%).
3. La frecuencia de ingresos inadecuados en el Servicio de Neumología es de 10.1%, lo cual se encuentra en el rango encontrado en estudios publicados.
4. Los GRDs con ingreso inadecuado más frecuentes fueron: Tuberculosis sin comorbilidad (27.5%), Otros diagnósticos con comorbilidad (15%), Insuficiencia Respiratoria (15%). Tuberculosis con comorbilidad (9%), Neumonía sin comorbilidad e Infecciones con comorbilidad (6.5%).
5. Los ingresos inadecuados dependen en gran medida de errores en la indicación médica, siendo la causa más frecuente que el paciente pueda recibir estudios y/o tratamiento vía ambulatoria (14 casos), mientras que las estancias prolongadas dependen mayormente de factores relacionados con el paciente y su entorno familiar (48 casos).
6. La frecuencia de estancias inadecuadas (52.1%) sobrepasan por mucho los estándares conocidos.
7. Los GRDs más frecuentes con estancia inadecuada fueron Tuberculosis, con y sin comorbilidad (15.5 y 13.7%), Insuficiencia Respiratoria (13%), Infecciones Respiratorias (11.8%) y Neumonía con Comorbilidad y Complicaciones (8.2%).

8. No está difundida la norma que orienta el proceso de hospitalización. La mayoría de las estancias inadecuadas provienen de evaluaciones médicas realizadas por médicos no pertenecientes al Servicio de Neumología (62%).
9. No existen estándares nacionales para la estancia hospitalaria para los servicios de hospitalización en neumología.
10. No se aplican las guías de práctica clínica en relación con los criterios de ingreso y alta, y la guía de procedimientos en relación con la pertinencia de procedimientos.
11. No existe una adecuada estratificación socio-económica al momento del ingreso y no existe un seguimiento de los gastos realizados a fin de controlar los costos y facturación elevados para las posibilidades del paciente.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios para hacer posible la Validación del Appropriateness Evaluation Protocol en nuestro medio.
2. Difundir las Guías de Práctica Clínica y las Guías de Procedimientos, para así lograr su cumplimiento en la totalidad.
3. Impulsar el desarrollo de estándares nacionales para estancia hospitalaria y adecuación de ingresos, que son motivo de futuras investigaciones.
4. Implementar un proceso de identificación y estratificación socioeconómica adecuado al momento del ingreso del paciente.
5. Recomendar que todo paciente con potencial transferencia al Servicio de Neumología, la necesidad de una evaluación previa por un Médico Neumólogo, a fin de evaluar la pertinencia de la hospitalización.
6. Realizar coordinaciones con el Programa Local de Tuberculosis, a fin de establecer criterios consensuados de admisión, debido a que la principal causa de estancia inadecuada se relaciona al GRD Tuberculosis (800 y 801).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Risse, GB. Mending bodies, saving souls: A history of hospitals. New York, 1999, Oxford University Press.
2. Iza A, Salaverry O. El Hospital Real San Andrés. Anales de la Facultad de Medicina 2000; 61: 247-252. Tomado de http://medicina.unmsm.edu.pe/biblioteca/anales/Vol61_N3-2000/6103200010.pdf
3. Aguirre HG. La informática al servicio de la calidad y la efectividad en la atención médica. Rev Med IMSS 2002; 40 (4): 349-358.
4. Jimenez J. Manual de Gestion para Jefes de Servicios Clínicos. Madrid, España, 2000, Ediciones Díaz de Santos.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Tomado de www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf
6. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Altas atendidas en los hospitales generales del sistema nacional de salud 2004. Tomado de www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/resumenAltas2004.pdf
7. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Cifras de referencia nacional de los GRD, resultados para el año 2004. Tomado de www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBDNorma2004.pdf
8. Francisco Medrano Gonzales, Plan de Calidad del Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Albacete para 1999, España, Diciembre 1998

9. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell Sanchís R, Fernández C, et al. Validez del Protocolo de evaluación del uso inapropiado de la Hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 124-129
10. Varela G, Jiménez M, Novoa N. ¿Cuál es la estancia hospitalaria adecuada para una resección pulmonar? *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 233-236.
11. Restuccia JD. Appropriateness Evaluation Protocol. Manual para la revisión. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1984.
12. Gertman.P.M.,*et al* .The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 19, 1981.
13. Negro JM, Jiménez JL, et al. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial. Mejora de la Gestión de las camas en la Sección de Alergología, tras la difusión de un estudio previo. *Alergol Inmunol Clin* 2003; 18: 61-70.
14. Oficina de Estadística e Informática del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.
15. Ministerio de Salud. Catálogo final de Servicios del Ministerio de Salud y Glosario de Terminología para su uso estandarizado. Febrero 2005.

ANEXOS

Anexo 1. Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) seleccionados y el (los) correspondiente(s) códigos CIE-10

Código/GRD	CIE-10	Estancia media días (p25-p75)
79. Infecciones e inflamaciones respiratorias en mayores de 17 años con CC	J04, J05, J22, J47	13.22 (6 - 17)
80. Infecciones e inflamaciones respiratorias en mayores de 17 años sin CC	J04, J05, J22, J47	9.75 (5 - 12)
82. Neoplasia/tumor respiratorio	C34, C78	10.6 (4 - 14)
85. Derrame pleural con CC	J90, J91	11.42 (5 - 15)
86. Derrame pleural sin CC	J90, J91	9.9 (4 - 13)
87. Edema pulmonar e Insuficiencia respiratoria	J68, J75, J80, J81, J96	8.55 (4 - 11)
88. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	J41, J42, J43, J44	8.13 (4-10)
89. Neumonía en >17 años con CC	J12, J13, J14, J15, J18, J69	9.74 (5 - 12)
90. Neumonía en >17 años sin CC	J12, J13, J14, J15, J18, J69	7.37 (4- 9)
92. Enfermedad pulmonar intersticial con CC	J60, J61, J62, J63, J64, J66, J84	11.43 (5 - 15)
93. Enfermedad pulmonar intersticial sin CC	J60, J61, J62, J63, J64, J66, J84	8.69 (4 - 11)
94. Neumotórax con CC	J93	8.32 (4 - 11)
95. Neumotórax sin CC	J93	5.49 (3 -7)
96. Bronquitis y Asma >17 años con CC	J20, J21, J45, J46	8.14 (4 - 10)
97. Bronquitis y Asma >17 años sin CC	J20, J21, J45, J46	5.77 (3 - 8)
99. Síntomas y signos respiratorios con CC		8.05 (3 - 10)
101. Otros diagnósticos con CC		9.14 (5 - 12)
102. Otros diagnósticos sin CC		6.72 (3 - 9)
416. Septicemia		10.01 (4 - 13)
800. Tuberculosis con CC	A15, A16	19.49 (8 - 23)
801. Tuberculosis sin CC	A15, A16	12.3 (5 - 15)
802. Neumonía por <i>P. carinii</i>	B20	15.74 (6 - 20)
Todos los GRD	Total	9.9 (4.2 - 12.6)

CC: comorbilidad y complicaciones, p25: percentil 25, p75: percentil 75

Anexo 2. Adecuación del ingreso

Servicios clínicos

1. Cirugía o técnica especial en 24 h que requiera:
 - Anestesia general o regional
 - Equipamiento o medios disponibles sólo en ingresos
2. Telemetría o monitorización de constantes vitales cada 2 h
3. Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos (no se incluye alimentación por sonda)
4. Observación de reacción secundaria no deseada a medicación
5. Antibióticos intramusculares 3 ó más veces al día
6. Ventilación asistida continua o intermitente (al menos cada 8 h)

Situación clínica del paciente

7. Alteración electrolítica/ácido-base acusada:
 - $\text{Na}^+ < 123 \text{ mEq/l o } > 156 \text{ mEq/l}$
 - $\text{K}^+ < 2.5 \text{ mEq/l o } > 6 \text{ mEq/l}$
 - $\text{HCO}_3^- < 20 \text{ mEq/l o } > 36 \text{ mEq/l}$
 - pH arterial $< 7.3 \text{ o } > 7.45$
8. Fiebre persistente $> 38^\circ \text{C}$ durante más de 5 días
9. Pérdida brusca de movilidad corporal (déficit motor)
10. Pérdida brusca de visión o audición
11. Hemorragia activa
12. Dehiscencia de herida quirúrgica o evisceración
13. Frecuencia cardíaca $< 50 \text{ o } > 140$ pulsaciones / minuto
14. Presión arterial
 - Sistólica $< 90 \text{ o } > 200 \text{ mm Hg}$
 - Diastólica $< 60 \text{ o } > 120 \text{ mm Hg}$
15. Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta
16. Electrocardiograma compatible con isquemia aguda

Anexo 3. Ingreso inadecuado

- 01 Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas
- 02 El paciente ha sido ingresado para realizar pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente vive muy lejos como para efectuarse de forma rápida
- 03 Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente no está ingresado
- 04 El paciente requiere institucionalización, pero en un nivel inferior (no especificado), no en un hospital de agudos
- 05 El paciente requiere cuidados en un hospital de crónicos
- 06 El paciente requiere cuidados de enfermería
- 07 El paciente precisa una residencia de ancianos
- 08 Admisión prematura (un día o más previos a la citación de las pruebas)
- 09 Tratamiento o pruebas diagnósticas no documentados
- 10 Procedimiento quirúrgico que debería ser realizado de forma ambulatoria
- 11 El paciente precisa cuidados terminales

Anexo 4. Adecuación de la estancia

Servicios médicos

1. Intervención quirúrgica ese mismo día
2. Intervención quirúrgica en las 24 h (necesaria evaluación preoperatoria)
3. Cateterización cardíaca ese mismo día
4. Angiografía ese mismo día
5. Biopsia de órgano interno ese mismo día
6. Procedimiento invasivo en el sistema nervioso central ese mismo día
7. Cualquier prueba con control dietético estricto
8. Tratamiento nuevo que requiera frecuentes ajustes de dosis
9. Control monitorizado al menos 3 veces / día
10. Procedimiento invasivo durante las últimas 24 h

Cuidados de enfermería

11. Ventilación mecánica y / o terapia respiratoria por inhalación al menos 3 v al día
12. Terapia parenteral intermitente o continua
13. Monitorización de constantes al menos cada 30 min (4 h. mínimo)
14. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día
15. Control de balances
16. Cuidado de heridas quirúrgicas mayores y drenajes
17. Monitorización por una enfermera al menos 3 veces/día (con supervisión médica)

Situación clínica del paciente Durante el mismo día o 24 h antes

18. Ausencia de motilidad intestinal o incapacidad para orinar

Dentro de las 48 h. anteriores

19. Transfusión debida a pérdida de sangre
20. Fibrilación ventricular o ECG de isquemia aguda
21. Fiebre de al menos 38°C
22. Coma-pérdida de conocimiento durante 1 h
23. Estado confusional agudo (excluyendo síndrome de abstinencia alcohólica)
24. Síntomas o signos debidos a perturbación hematológica aguda
25. Dificultades neurológicas

Anexo 5. Día de estancia inadecuado

Retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está hospitalizado

- 20. Problema de calendario para realizar intervenciones quirúrgicas
- 21. Problema de calendario para realizar pruebas diagnósticas
- 22. Ingreso prematuro
- 23. Paciente citado para pruebas diagnósticas o tratamiento (incluyendo cirugía) cuya cita es anulada, por cualquier razón (caso urgente se antepone a caso electivo, personal crucial del centro está enfermo, etc.)
- 24. "Días de no-trabajo" en el hospital : determinados procedimientos diagnósticos no se realizan durante fines de semana ni en vacaciones
- 25. Pendiente de resultados de prueba (s) diagnóstica (s) o interconsulta (s) para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas
- 29. Otras

Responsabilidad del médico o del hospital

- 30. Alta planeada, pero no hay órdenes escritas
- 31. Fallo en la hoja al iniciar/ejecutar el alta hospitalaria
- 32. No se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización: el médico mantiene al paciente en el centro cuando ya no recibe o requiera los servicios de un centro de agudos
- 33. No existe ningún plan de diagnóstico y/o tratamiento
- 34. Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario puede realizarse como paciente externo
- 39. Otras

Responsabilidad del médico o de la familia del paciente

- 40. Falta de familiares para atención del paciente en su domicilio
- 41. Falta de preparación de la familia para atención del paciente en su domicilio
- 42. El paciente/la familia rechaza los medios disponibles en instalaciones alternativas
- 49. Otras

Responsabilidad del medio

- 50. Paciente perteneciente que proviene de un ámbito social degradado, permanece ingresado en el hospital hasta que su ambiente se hace aceptable o se encuentra una opción alternativa
- 51. Paciente convaleciente de una enfermedad y se prevé que sólo se dispone de una estancia de menos de 72 h en instalaciones alternativas
- 52. No disponibilidad de una instalación alternativa
- 53. No disponibilidad de tratamiento alternativo, del tipo de la atención domiciliaria
- 59. Otras

[illegible]

Anexo 7: Glosario de términos

- Paciente: Todo usuario que requiera atención en el Servicio de Neumología
- Ingreso: Momento de admisión al servicio, independientemente de la procedencia: consultorios, emergencia, transferencias.
- Ingreso adecuado: Caso que cumpla al menos un criterio referido en la Tabla 2 (Ver anexos), el día de internamiento.
- Ingreso Inadecuado: Aquel caso que no cumpla ninguno de los criterios referidos en la Tabla 2, el día de internamiento.
- Hospitalización: Es el conjunto de acciones de salud que se le brinda al paciente para la recuperación y rehabilitación de la salud, desde el ingreso al servicio hasta el egreso del mismo.
- Egreso: es la salida (alta efectiva) del servicio de un paciente que estuvo hospitalizado.
- Fallecido: es todo paciente en que se constata su fallecimiento.
- Estancia hospitalaria: Tiempo en días transcurridos durante el proceso de hospitalización.
- Estancia Adecuada: Cumplimiento de al menos un criterio referido en la Tabla 4 (Ver anexos).
- Estancia Inadecuada: Aquel caso que no cumple al menos un día con alguno de los criterios referidos en la Tabla 4 (Ver anexos).
- Alta: es el egreso de un paciente de un servicio de hospitalización al completar el tratamiento de una determinada enfermedad.

- Historia clínica: Es el documento médico-legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico brinda al paciente. Asimismo, contendrá la atención de los profesionales médicos y otros profesionales que intervengan en la atención del paciente.